

Année 1882

N° 302

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 2 juillet 1882, à 1 heure.

PAR CAMILLE BOUSSAC,

Né à Albi (Tarn), le 26 mai 1853,

Médecin de la marine.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HERNIES DIAPHRAGMATIQUES

D'ORIGINE TRAUMATIQUE
ET DE LEUR ÉTRANGLEMENT

Président : M. VERNEUIL, professeur.

Juges : MM. { TRÉLAT, professeur.
 { MARCHAND, POZZI, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs.....

Anatomie.....	MM.
Physiologie.....	SAPPEY.
Physique médicale.....	BÉCLARD.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale.....	WURTZ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAILLON.
Pathologie médicale.....	BOUCHARD.
	{ JACCOUD.
	PETER.
Pathologie chirurgicale.....	{ GUYON.
	DUPLAY.
Anatomie pathologique.....	CHARCOT.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	{ SEE (G.)
Clinique médicale.....	LASEGUE.
	HARDY.
	P-TAIN.
Maladies des enfants.....	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
	RICHET.
Clinique chirurgicale.....	GOSSELIN.
	VERNEUIL.
	TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGRoux.	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN.	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
VARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté. A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

M. LE PROFESSEUR VERNIEUIL

Hommage respectueux.

A MES MAITRES

A MM. les Professeurs

DUPLOUX, MERLIN, LEON.

A MES AMIS

Médecins en chef de la marine

A mon président de thèse
M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

Hommage respectueux.

A MM. les Professeurs

DUPLOUY, MERLIN, LEON,
Médecins en chef de la marine

Témoignage de profonde reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HERNIES DIAPHRAGMATIQUES

D'ORIGINE TRAUMATIQUE

ET DE LEUR ETRANGLEMENT

INTRODUCTION.

Dans son article sur la pathologie chirurgicale du diaphragme (nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques), M. A. Després a divisé les hernies diaphragmatiques en deux variétés principales ; les hernies *traumatiques* et les hernies *congénitales*. Il constitue en outre une troisième variété ; les hernies *graduelles*, qui reconnaîtraient pour cause, soit une petite perforation congénitale, soit une éraillure du muscle, soit enfin la dilatation progressive d'un orifice.

N'ayant point l'intention de faire dans ce travail une étude complète de ces différentes espèces de hernies, mais bien plutôt de présenter une observation nouvelle d'un fait assez rare, nous laisse-

rons absolument de côté les hernies congénitales et graduelles pour nous occuper seulement de celles qui reconnaissent pour cause un traumatisme, et plus spécialement encore parmi ces dernières, celles qui se sont compliquées d'étranglement.

C'est notre excellent collègue et ami, M. le Dr Edgard Roux, médecin de 1^{re} classe de la Marine, qui, ayant eu la bonne fortune d'observer dans son service de l'hôpital Saint-Charles, à Rochefort, un cas d'étranglement d'une hernie diaphragmatique survenu plusieurs années après le traumatisme causal, nous a suggéré l'idée d'écrire cette thèse inaugurale en nous communiquant l'observation qu'il avait recueillie. Nous lui adressons ici tous nos remerciements.

Dans son article sur la pathologie chirurgicale du diaphragme (nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques), M. A. Desprès a divisé les hernies diaphragmatiques en deux variétés principales : les hernies traumatiques et les hernies congénitales. Il constitue en outre une troisième variété ; les hernies graduelles, qui reconnaissent pour cause, soit une petite perforation congénitale, soit une éraillure du muscle, soit enfin la dilatation progressive d'un orifice.

N'ayant point l'intention de faire dans ce travail une étude complète de ces différentes espèces de hernies, mais bien plutôt de présenter une observation nouvelle d'un fait assez rare, nous laissons

considéré comme étant composé de deux portions, l'une horizontale, l'autre verticale formée par les piliers.

PREMIÈRE PARTIE

Au centre se trouve en forme de tréfle à folioles dirigées en avant, c'est le centre pharyngien, d'où partent, en s'écartant, les fibres musculaires pour aller s'insérer au pourtour du thorax. Les plus antérieures de ces fibres s'insèrent à la base de l'appendice xiphoïde par deux faisceaux passant entre eux un espace à travers lequel commencent le tissu conjonctif périto-

§ 4

QUELQUES MOTS D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE (1).

Sans vouloir faire ici une description anatomique complète du diaphragme, sans prétendre rappeler tout ce qui a été écrit sur son action physiologique, il nous paraît indispensable, pour l'intelligence du mécanisme qui préside à la production des hernies, objet de cette étude, de dire quelques mots sur la conformation générale de ce muscle, sur ses insertions, sur sa fonction dans l'acte de la respiration.

Anatomie. — Le diaphragme est une cloison tendineuse et musculaire qui sépare la cavité thoracique de l'abdomen.

Sa forme est celle d'une voûte à concavité inférieure. On l'a comparé à un éventail ou à un parasol dont le manche serait fixé sur un point de la circonférence. Le diaphragme peut, en effet, être

(1) Sappey. Anatomie descriptive. — Cruveilhier. Anatomie descriptive. — Richet. Anatomie chirurgicale. — Tillaux. Anatomie topographique.

considéré comme étant composé de deux portions, l'une horizontale, l'autre verticale formée par les piliers.

Au centre se trouve une aponévrose en forme de trèfle à folioles dirigées en avant, c'est le *centre phrénique*, d'où partent, en s'irradiant, les fibres musculaires pour aller s'insérer au pourtour du thorax. Les plus antérieures de ces fibres s'insèrent à la base de l'appendice xiphoïde par deux faisceaux laissant entre eux un espace à travers lequel communiquent le tissu conjonctif péritonéal et celui du médiastin.

Latéralement, elles vont s'insérer au bord supérieur des cartilages des six dernières côtes par des digitations qui s'entrecroisent avec celles du muscle transverse de l'abdomen. En arrière, l'insertion varie suivant qu'on la considère sur la ligne médiane ou sur les côtés : sur la ligne médiane, par l'intermédiaire des piliers, elle se fait sur le corps des trois premières vertèbres lombaires pour le pilier droit ; des deux premières seulement pour le gauche ; sur les côtés, elle se fait sur des fibres tendineuses, *arcades* ou *ligaments cintrés du diaphragme*, qui vont de la base des apophyses transverses des deux premières vertèbres lombaires au sommet de la douzième côte.

Les fibres musculaires qui constituent les piliers forment deux faisceaux s'entrecroisant en 8 de chiffre, avant d'arriver au centre phrénique, de façon à former deux orifices qui servent au passage : le postérieur, fibreux, de l'aorte, de la grande

veine azygos et du canal thoracique : l'antérieur, musculaire, de l'œsophage.

La veine cave passe dans un orifice fibreux situé entre la foliole droite et la foliole moyenne.

La face supérieure du diaphragme est en rapport de chaque côté avec les plèvres, au milieu avec la péricarde qui lui adhère intimement ; la face inférieure est recouverte dans toute son étendue par le feuillet pariétal du péritoine. En certains points la couche musculaire étant quelquefois incomplète, les deux séreuses se trouvent immédiatement adossées.

De la forme convexe, il résulte que les fibres musculaires reliant les parois thoraciques au centre phrénique, forment avec ces parois un sillon connu sous le nom de *sinus costo-diaphragmatique*, tapissé par le *cul-de-sac inférieur de la plèvre*, et qui n'est qu'en partie occupé par le poumon, même dans les plus profondes inspirations.

Le diaphragme est innervé par les nerfs phréniques, émanés des troisième et quatrième branches du plexus cervical, et par des branches du grand sympathique abdominal. Quant aux vaisseaux, ils proviennent de la mammaire interne et de la diaphragmatique inférieure.

Physiologie. — On peut, avec Haller, considérer le diaphragme comme le muscle le plus important de l'économie après le cœur. Ainsi que l'ont démontré les plus anciennes expériences, aussi bien que les plus récentes (Duchenne de Boulogne), c'est

un muscle inspirateur. Il agit en augmentant par sa contraction, non seulement le diamètre vertical de la poitrine, mais encore les diamètres antéro-postérieur et latéral (Beau et Maissiat).

Dans ce temps de l'inspiration, la convexité du muscle tend à s'effacer, tandis qu'au contraire pendant l'expiration elle augmente d'autant plus que celle-ci est plus forte. Suivant J. Cloquet, elle peut s'exagérer jusqu'à remonter à la sixième côte; et d'après Cruveilhier, elle pourrait aller jusqu'à la quatrième à droite et la cinquième à gauche.

Comment se comporte le poumon dans ces différents changements de forme du diaphragme? Nous avons dit plus haut qu'il ne remplissait jamais complètement le sinus costo-diaphragmatique; aussi, dans une certaine étendue, la plèvre qui tapisse le muscle est-elle immédiatement en rapport avec la plèvre costale. Cela nous explique comment, sans blesser le poumon, on peut en ouvrant la cavité pleurale, traverser le diaphragme et pénétrer jusque dans l'abdomen. J. Cloquet et Malgaigne avaient avancé que, dans les plus fortes expirations, la hauteur maximum à laquelle le poumon s'élève au dessus du sinus est de 13 à 16 centimètres; pour M. Sappey, c'est le chiffre de 7 centimètres qui doit être adopté.

§ 2.

HISTORIQUE.

Les hernies diaphragmatiques d'origine traumatique ne paraissent pas avoir été connues des anciens ; Hippocrate lui-même, qui cependant semble avoir tout observé, n'en parle pas ; il se contente de mentionner dans ses ouvrages les déchirures du diaphragme qu'il regarde comme fatalement mortelles et auxquelles il donne pour signe pathognomonique, le rire sardonique.

Il faut arriver jusqu'à Ambroise Paré pour en trouver deux observations parfaitement authentiques, et dont l'une, que nous reproduisons plus loin, nous intéresse particulièrement à cause de sa ressemblance avec la nôtre.

Depuis cette époque, on en a publié un grand nombre d'exemples dans les journaux ou recueils de médecine ; mais il n'y en a que très-peu ayant présenté la complication de l'étranglement survenue plusieurs mois ou plusieurs années après leur production. Les observations publiées dans ces dernières années sont, pour la plupart, dues à des chirurgiens allemands ou anglais.

Aucun travail d'ensemble n'a été écrit sur le sujet qui nous occupe ; il ne nous paraît pas possible, en effet, de considérer comme un ouvrage

didactique, la thèse de Cavalier (1) sur les ruptures et lésions du diaphragme, dans laquelle on trouve un assez grand nombre d'observations de hernies diaphragmatiques, ne nous apprenant rien ou du moins fort peu de chose, au point de vue de la symptomatologie et surtout du traitement.

Quant au remarquable travail de M. Duguet, (2) nous n'en parlerons pas, n'ayant point à nous occuper des hernies congénitales si bien étudiées par cet auteur.

Dans les traités de pathologie externe, c'est à peine si on consacre quelques lignes aux hernies diaphragmatiques consécutives à un traumatisme, et dans les ouvrages spéciaux sur les hernies, de Lawrence, Scarpa, Malgaigne, elles sont absolument laissées de côté par les auteurs, qui y étudient seulement les hernies inguinales, crurales, ombilicales.

En terminant ce court historique, nous devons citer l'article Diaphragme de M. A. Després (nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques), où nous avons trouvé les plus utiles renseignements bibliographiques et la description la plus détaillée de l'affection qui nous occupe.

(1) Thèse de Paris, an XIII, (1804).

(2) Duguet (J.-B.) De la Hernie diaphragmatique congénitale. Thèse de doctorat, Paris, 1866, n° 32.

§ 3.

ÉTIOLOGIE.

Les hernies diaphragmatiques traumatiques surviennent toujours à la suite d'une plaie ou d'une rupture du diaphragme ; aussi peut-on leur assigner les mêmes causes qu'à ces dernières. Les plaies coïncidant toujours avec des plaies de la poitrine ou de l'abdomen sont le plus ordinairement produites, soit par des instruments tranchants ou piquants, sabres, lances, poignards, couteaux, etc., soit par des projectiles de guerre, balles, éclats d'obus, etc., soit encore par un des fragments d'une côte fracturée.

Quant aux ruptures, et c'est à leur suite que sont survenues le plus grand nombre des hernies traumatiques signalées, elles sont dues à des chocs violents portant sur l'abdomen, à des chûtes de lieux plus ou moins élevés. On a principalement cité : le passage d'une roue du voiture sur le corps (Delmas), (1) des coups de crosse de fusil, (Pécry), la chute d'un arbre sur l'abdomen (Foucras)(3), etc., etc.

Les cas de hernies diaphragmatiques survenues après des chûtes sont certainement les plus nom-

(1) Devergie. Médecine légale, 1852, T. II, p. 198.

(2) Dictionnaire en 60 vol., T. IX, p. 222.

(3) Observation de hernie diaphragmatique. *Gazette des hôpitaux*, 30 mars 1875.

breux dans les annales de la science. On en trouve plusieurs exemples dans la thèse de Cavalier, et tout le monde connaît la mémorable observation de Derrecagaix que nous reproduisons plus loin. (Obs. X).

Les efforts violents peuvent encore être mentionnés, comme étant une cause, rare, il est vrai, de rupture et de hernie diaphragmatiques; on a rapporté, en effet, quelques cas survenus chez des manœuvres employés à des travaux de force, un autre dû aux efforts provoqués par un émétique; Cavalier cite une femme chez laquelle cet accident serait survenu pendant les efforts de l'accouchement.

Bremmer (de Sæst) a publié une observation de rupture du diaphragme et de hernie survenue à la suite de la brusque dilatation de l'estomac par production dans son intérieur d'une trop grande quantité d'acide carbonique.

La plaie ou la déchirure s'étant produite, il est facile d'expliquer le mécanisme qui préside à la production de la hernie par la tendance qu'ont à s'échapper de l'abdomen, dès qu'une porte de sortie leur est ouverte, les organes jouissant d'une mobilité assez grande, tels que l'estomac, les colons, l'intestin grêle, le grand épiploon, et par la difficulté de cicatrisation que les plaies du diaphragme doivent à leur étendue plus ou moins grande, à la rétraction des fibres divisés, aux mouvements perpétuels du muscle.

(1) Revue des sciences médicales (Hayem), T. XIV, p. 86.

Quant à l'étranglement survenant longtemps après la production de la hernie, il est probable qu'il est le plus ordinairement dû au passage à travers l'orifice du diaphragme d'une quantité plus considérable de l'organe hernié, sous l'influence d'un effort quelconque, danse (Chevreau) (1) excès du coït (Battalia) (2) vomissements, etc. Lorsque l'intestin est parvenu dans la cavité pleurale il n'a plus aucune tendance à rentrer dans l'abdomen, et se laissant distendre par les gaz, il est comprimé d'abord, étranglé ensuite par l'anneau et souvent aussi par l'épiploon qui s'est engagé en trop grande quantité.

A ces causes d'étranglement, on doit ajouter la congestion active et l'inflammation qui ne sont du reste qu'une conséquence de la compression déjà exercée sur les viscères par un orifice trop étroit.

Dans les hernies où l'intestin a entraîné après lui une portion du mésentère, celui-ci s'enflamme aussi, et Malgaigne a montré que, par son gonflement rapide et considérable, il apporte un obstacle insurmontable à la réduction et peut par suite être considéré comme venant, sinon occasionner, du moins favoriser et compléter l'étranglement. Dans les hernies diaphragmatiques, lorsqu'une anse du colon transverse a passé dans la plèvre, il est probable que le mesocolon doit jouer un rôle semblable.

(1) Voir deuxième partie. Obs. IV.

(2) Voir deuxième partie. Obs. VI.

§. 4.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Presque tous les organes renfermés dans la cavité abdominale peuvent venir faire hernie à travers le diaphragme, mais dans toutes les autopsies pratiquées, c'est le grand épiploon, l'estomac, les colons, qui ont été le plus souvent rencontrés. On a aussi trouvé quelquefois le duodenum, le cœcum, l'intestin grêle (Paccini (1), Toroujeff) (2); le pancréas, le foie et le rein (Schœllet) (3).

Les hernies congénitales sont plus fréquentes à gauche qu'à droite, quoique ce ne soit point l'avis de X. Richard (4), et de M. Geoffroy Saint-Hilaire (5). Il en est de même des hernies traumatiques, surtout de celles qui surviennent à la suite d'une rupture occasionnée par un choc sur l'abdomen ou par une chute; dans ce cas, on pense que c'est à la présence du foie à droite, protégeant le diaphragme qu'est due cette prédilection marquée des hernies pour le côté gauche. On comprend que dans les cas

(1) Paccini. *Gazetta Toscana delle scienze medico-fisiche*, 1843. (*Gazette médicale de Paris*, 1843, p. 776.)

(2) J. Toroujeff. P. V. de la Société russe médicale du Caucase, 1875.

(3) A. Després. *Loc. cit.* p. 369.

(4) Bull. de la Société anatomique, 1846, p. 337.

(5) Geoffroy Saint-Hilaire. *Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation ou tératologie*.

où il y a eu plaie du diaphragme par instrument tranchant ou piquant, la fréquence doit être la même pour les deux côtés, et, en tout cas, complètement subordonnée au hasard. C'est au niveau ou dans le voisinage du centre phrénique qu'on les rencontre plus ordinairement.

Les hernies diaphragmatiques de cause traumatique ne présentent jamais de sac ; celui-ci est, du reste, fort rare dans les hernies congénitales. Le péritoine est toujours déchiré au niveau de la plaie, au bord de laquelle il adhère intimement dans les lésions anciennes. La plèvre est déchirée, elle aussi, et c'est dans la cavité pleurale que viennent faire hernie les organes abdominaux en repoussant plus ou moins haut le poumon. Dans certaines hernies survenues à la suite d'un coup de poignard ou d'une blessure par arme à feu, on peut voir quelquefois l'organe hernié s'engager dans la plaie de la paroi thoracique et venir faire irruption à l'extérieur (communication orale de mon vénéré maître, M. le professeur Duplouy, de Rochefort.)

L'état de l'orifice diaphragmatique diffère suivant qu'on le considère dans une hernie récente ou dans une hernie ancienne. Dans le premier cas, ses bords sont plus ou moins irréguliers, infiltrés de sang ; la plèvre et le péritoine sont enflammés tout autour sur une étendue assez considérable ; dans le second au contraire, nous trouvons un anneau, d'apparence fibreuse, épais, à bords généralement lisses quelquefois endurcis et comme calleux (Chevreau), presque toujours ad-

hérents à la partie herniée ; c'est surtout l'épiploon qui présente les adhérences les plus intimes avec l'orifice.

Les organes constituant la hernie se présentent aussi sous des aspects variables. Souvent, ils sont le siège de lésions dues aux instruments qui ont occasionné la hernie, d'autrefois ils paraissent absolument sains. Lorsque la hernie est ancienne, outre les adhérences avec les orifices, on peut presque toujours constater un certain degré de transformation graisseuse de l'épiploon : l'intestin, lorsque ne sont point encore survenus des phénomènes d'étranglement, se présente avec son aspect normal ; à moins, cependant, qu'il n'ait été lésé dans le traumatisme occasionnel.

L'estomac est rarement engagé tout entier, et souvent on le voit comme tordu sur son axe (Forlivesi (1), Morgan (2), Paccini). Ordinairement distendu par une assez grande quantité de gaz, il peut être complètement sain ou présenter un certain degré d'inflammation ; il peut aussi avoir été lésé, et alors, revenu sur lui-même, il a laissé échapper en plus ou moins grande quantité les matières qu'il renfermait au moment du traumatisme.

Dans la plèvre, on trouve souvent du sang, de la sérosité épanchée en quantité variable ; mais on

(1) Forlivesi. Transposition extraordinaire des viscères de l'abdomen dans le thorax. (Bulletino delle scienze mediche, 1842 et Gazette de Paris, 1843, p. 191.)

(2) Observation de hernie thoracique. (The London medical gazette, août 1833 et Gazette de Paris, 1833, p. 660.)

peut aussi y trouver du pus, des gaz et avoir alors tous les signes d'un pyopneumothorax, (Dollinger) (1). Notre observation en est une nouvelle preuve. On a signalé des adhérences très solides entre la plèvre costale et l'épiploon. Une fois, on a vu ces adhérences remonter jusqu'au voisinage de la clavicule. (Morgan).

On peut enfin rencontrer du côté de la cavité pleurale toutes les lésions caractéristiques des plaies pénétrantes de la poitrine et de leurs complications, sur lesquelles nous n'insisterons pas.

Quant au cœur, il est souvent déplacé, soit à droite, soit à gauche, suivant le siège de la hernie, et ce déplacement peut être si considérable que, dans un cas, on a pu croire à une transposition des viscères (E. Dubois, *Bull. Soc. Anat.* 1847).

Telles sont les altérations que l'on rencontre lorsque la mort a suivi de près la production de la hernie diaphragmatique, ou que, survenue longtemps après l'accident, elle n'a point reconnu pour cause l'étranglement. Dans ce cas, on trouve des altérations différentes que nous allons brièvement passer en revue.

C'est le colon transverse, c'est l'estomac et le grand épiploon qui sont ordinairement le siège de l'étranglement et leurs lésions ne diffèrent en rien de celles qu'ils présentent lorsqu'ils ont été étran-

(1) Dollinger. Hernie diaphragmatique traumatique. Etranglement et gangrène de la portion d'iléon hernié, pyopneumothorax. (*Pester méd. chir. Presse*, 1875, n° 42).

glés dans un point quelconque de la paroi abdominale.

L'épiploon est rougeâtre, gonflé, adhérent à l'orifice diaphragmatique, à la plèvre et au poumon lui-même (Paccini). L'intestin, que ce soit le colon transverse ou ascendant, que ce soit un point quelconque de l'intestin grêle, présente une couleur variant avec le degré de constriction ; on l'a vu d'un rouge uniforme avec épaissement de ses parois par infiltration séreuse, si l'étreinte est légère ; dans le cas de constriction plus énergique, il est violet, bleuâtre, et même presque noir. Bardenhever l'a vu d'un bleu rosé, offrant au doigt une résistance élastique. Dans l'observation de Battalia, il est rouge livide, parsemé par places de taches ecchymotiques. Il peut être aminci, perforé à la suite d'une ulcération, et alors les matières stercorales sont répandues dans la plèvre : quelquefois il est gangrené (Dollinger), mais c'est dans le plus petit nombre de cas ; sa couleur feuille morte, son tissu flasque et son affaissement comme du papier mouillé (Nélaton)(1), sont les signes caractéristiques de sa mortification.

L'estomac est rarement étranglé ; Battalia ne le montre pas ayant changé d'aspect extérieurement, mais, l'ayant ouvert, il a trouvé sa face interne d'un rouge livide, couverte çà et là d'un liquide visqueux,

(1) Nélaton. *Elément de pathologie chirurgicale*. Edit. 1857, T. IV. p. 281.

jaunâtre; Klingelhöffer (1) a signalé sa perforation.

Du côté de la cavité abdominale, on constate souvent les lésions de la péritonite qui accompagne fréquemment l'étranglement des hernies diaphragmatiques.

Dans la plèvre, on trouve aussi de l'inflammation, un épanchement séreux, quelquefois purulent, et, dans le cas de perforation intestinale, des gaz et des matières stercorales.

§. 5.

SYMPTÔMES.

Tous les auteurs sont unanimes à reconnaître combien sont obscurs les signes qui peuvent aider au diagnostic d'une hernie diaphragmatique de cause traumatique. Lorsqu'il y a plaie extérieure, sa situation, sa direction, sa profondeur peuvent faire soupçonner une plaie du diaphragme et attirer ainsi l'attention vers la possibilité d'une hernie; il n'en est plus ainsi dans un cas de chute, de contusion violente de l'abdomen ou de la base de la poitrine. Quelques signes peuvent bien, il est vrai, faire soupçonner une déchirure du diaphragme, mais comme il peut y avoir déchirure sans qu'il y ait forcément hernie, ces signes, rires sardoniques,

(1) Klingelhöffer, de Francfort-sur-le-Mein. Hernie diaphragmatique étranglée et perforation de l'estomac. (Berlin, Klin, Wochens, n° 13, p. 171).

douleurs dans l'épaule correspondante, dyspnée, anxiété précordiale, etc., dont certains sont loin d'être constants, ces signes, disons-nous, sont absolument insuffisants pour faire diagnostiquer une hernie. Ils sont cependant utiles à connaître, car une plaie ou une déchirure du diaphragme étant soupçonnée, on cherchera immédiatement par des moyens appropriés à prévenir la formation de la hernie.

Lorsque la hernie diaphragmatique est peu développée, les troubles provoqués sont insignifiants : à peine une légère douleur dans le côté, une sensation de pesanteur, de la dyspnée peu intense et une certaine difficulté de la digestion (1). Tous ces symptômes augmentent avec le volume de la hernie ; les douleurs deviennent plus vives, la dyspnée plus intense ; des coliques violentes sont accusées et l'on voit survenir des nausées et même des vomissements. On a noté des lipothymies et des sueurs froides. Les malades accusent des douleurs vives dans la poitrine ; ils éprouvent des sensations de mouvements intérieurs, attribués par Bowditch (2) aux contractions vermiculaires des intestins. L'examen de la poitrine peut être d'un grand secours ; sa base est élargie et donne à la percussion soit de la matité, s'il y a épanchement, soit de la sonorité exagérée, si les anses intestinales ou l'estomac sont gonflés

(1) Nélaton. Loc. cit. T. IV, par 426.

(2) Bowditch. (J. H.) A Treatise on diaphragmatic hernia (Charlestown medical journal and Review, mai 1855.)

par des gaz. A l'auscultation, il y a absence de murmure vésiculaire.

Dans un cas rapporté par M. Olivet (1), on entendit un souffle qui fut pris pour un souffle amphorique. Ce souffle fut remplacé le lendemain par un gargouillement. « On entendait également le tintement métallique très distinct. La percussion donnait de la matité à la base du poumon, et, plus haut, de la sonorité. On pensa qu'il s'était épanché depuis un liquide dans la plèvre droite. M. Olivet cependant conçut quelques doutes sur l'existence d'un hydro-pneumothorax. N'ayant pu entendre le souffle amphorique bien distinctement, remarquant que le gargouillement était beaucoup plus prolongé que lorsqu'il est dû à une colonne d'air poussée à travers une perforation du poumon, observant surtout qu'en pressant sur la région épigastrique, il pouvait produire à volonté ce gargouillement, il soupçonna dans la cavité de la plèvre droite la présence de quelques portions du tube digestif » (2).

L'abdomen est flasque, il y a une dépression quelquefois assez considérable pour permettre, à la palpation, de sentir facilement la colonne vertébrale. Cette dépression est surtout marquée à l'épigastre et au-dessous du rebord des fausses côtes. Il peut cependant y avoir un ballonnement considérable du ventre, mais c'est déjà là un symptôme d'étranglement.

(1) Olivet, Journal de médecine de Lyon, 1844.

(2) Nélaton. Loc. cit. T. IV, p. 427.

Nous avons signalé les difficultés de la digestion ; il existe quelquefois de la diarrhée, d'autres fois de la constipation. Les Anglais et les Américains signalent dans leurs observations une soif intense (1). Ce dernier signe a aussi été observé par Bardenhever, et on le retrouve dans presque tous les cas que nous reproduisons.

Si la mort ne survient pas immédiatement, ou quelques jours après l'accident, et que la guérison apparente ait lieu, le malade peut voir disparaître toute espèce de signe indiquant l'existence de la hernie diaphragmatique et jouir d'une santé parfaite ou à peine troublée par un peu de malaise sans importance, quelques légers troubles de la respiration et de la digestion. C'est souvent, au milieu de la santé la plus parfaite, que plusieurs mois ou plusieurs années après, le malade est pris subitement de coliques violentes, de douleurs excessivement vives siégeant dans un des hypochondres, quelquefois au niveau de l'ombilic, après lesquelles on voit survenir les uns après les autres tous les signes de l'occlusion intestinale.

La douleur augmente par exacerbations, à des intervalles plus ou moins rapprochés, le ventre se ballonne, il est douloureux, et, à la percussion, on peut constater une sonorité tympanique, que, dans l'observation de Bardenhever (2) nous voyons s'étendre depuis la 4^e côte jusqu'à la symphyse pubienne.

(1) A. Desprès. *Loc. cit.* p. 371.

(2) Voir deuxième partie. Obs. IX.

Les nausées surviennent ensuite, et sont bientôt suivies de vomissements, alimentaires d'abord, puis biliaires et enfin fécaloïdes; ils peuvent manquer quelquefois. La constipation est opiniâtre, c'est à peine si les lavements entraînent avec eux quelques matières; les gaz ne sont pas expulsés.

Les aliments ingurgités sont rejetés presque immédiatement; les liquides passent cependant quelquefois (Chevreau). La soif est vive, la langue limoneuse et le facies hippocratique, grippé. La respiration devient difficile, elle est courte et irrégulière, l'anxiété très grande, le hoquet incessant; l'haleine est fétide, et le corps dont la température tombe au-dessous de la normale se recouvre d'une sueur froide et visqueuse. Les signes physiques du côté de la poitrine sont ceux que nous avons signalés dans l'étude des symptômes propres aux hernies récentes ou simples; les bruits du cœur sont entendus à droite ou à gauche de leur siège normal, suivant le lieu de la hernie; le pouls est petit, dépressible, précipité, et l'intelligence reste parfaite.

La miction urinaire est difficile et les urines sont rares, elles peuvent quelquefois contenir une quantité de mucus assez considérable.

Tous ces symptômes ne font que s'aggraver jusqu'à la mort, qui survient bientôt au milieu d'une agitation et d'une angoisse extrêmes (Follin) (1).

(1) Follin et Duplay. Traité élémentaire de pathologie externe
T. VI, p. 231.

§. VI.

DIAGNOSTIC.

Par l'étude des symptômes que nous venons de faire, on voit combien ils sont peu caractéristiques et combien doit être difficile le diagnostic des hernies diaphragmatiques, aussi sont-ils nombreux, les cas où il n'a pu être fait qu'au moment de l'autopsie !

Les hernies simples peuvent être confondues avec les plaies du diaphragme, dont elles ne sont qu'une complication, et dont il est impossible de les distinguer, lorsqu'elles ne forment pas une tumeur un peu volumineuse dans la cavité pleurale.

Si elles sont très développées, on les prend volontiers pour un épanchement pleurétique, quand la percussion dénote de la matité; pour un hydro-pneumothorax, s'il y a au contraire de la sonorité exagérée, et à l'auscultation, du gargouillement et du tintement métallique. Nous avons vu, dans ce cas, le procédé employé par Olivert, qui a pu, en pressant sur la région épigastrique, produire à volonté le gargouillement entendu dans la plèvre, et diagnostiquer ainsi une hernie diaphragmatique prise d'abord pour un hydro-pneumothorax.

Pour les distinguer des pleurésies « il faut se rappeler que les dernières n'occasionnent pas des troubles du côté de l'estomac et un aplatissement du ventre. L'éloignement des bruits du cœur séparé

des côtes par le poumon pourrait faire croire à une péricardite. Mais cette lésion est rare, elle ne s'accompagne pas de vomissements, et l'auscultation permet toujours d'entendre la respiration du poumon, ce qui n'a pas lieu s'il y a une hernie diaphragmatique » (A. Després) (1).

Lorsqu'il n'y a pas eu plaie extérieure, après une chute, un effort ou une contusion, elles passent le plus ordinairement inaperçues, quoique cependant l'examen des organes thoraciques, poumon et cœur, puisse faciliter singulièrement leur diagnostic.

Lorsque l'étranglement survient au milieu d'une santé excellente, il est facile de confondre la hernie diaphragmatique étranglée avec une occlusion intestinale de cause intra-abdominale, mais l'examen attentif de l'abdomen ne faisant découvrir aucun point plus particulièrement douloureux à la pression, ne faisant constater la présence d'aucune tumeur ou tuméfaction localisée, et d'un autre côté, celui de la poitrine venant montrer les perturbations profondes que peut occasionner la hernie du côté des organes thoraciques, on peut supposer l'existence d'une hernie étranglée, et, si l'on est aidé par des commémoratifs, arriver à son diagnostic certain.

Il est donc, on le voit, de nécessité absolue d'insister sur l'examen de la poitrine, car ce sont les signes qu'il fournira, qui, coïncidant avec les trou-

(1) Loc. cit. p. 371.

bles généraux engendrés par l'étranglement, nous donneront tous les éléments du diagnostic difficile de la hernie diaphragmatique étranglée.

§ VII.

PRONOSTIC.

Le pronostic des hernies diaphragmatiques est absolument subordonné à celui des plaies du diaphragme qui ont été longtemps regardées comme fatalement mortelles. D'assez nombreuses observations sont venues démontrer l'exagération de cette opinion ; non, les plaies du diaphragme n'entraînent pas fatalement la mort, et l'on peut en dire autant des hernies qui les compliquent. Lorsque la mort survient, elle frappe ordinairement le malade dans les quelques jours qui suivent la production de la hernie, quelquefois la mort est instantanée. Cette dernière a été constatée dans les cas où le traumatisme était une chute d'un lieu élevé, ou une violente contusion du ventre, mais alors ne peut-on pas l'expliquer par une commotion cérébrale résultant de la violence du choc ?

Nous croyons que les hernies diaphragmatiques, coïncidant avec une plaie de la poitrine ou de l'abdomen, sont de beaucoup les plus dangereuses ; à la gravité propre de la hernie viennent, en effet, s'ajouter les dangers qu'entraînent avec elles les plaies pénétrantes de ces deux cavités et augmenter ainsi

les chances de mort; du reste, nous voyons, parmi les quelques observations recueillies, que le plus grand nombre des cas où l'étranglement a été observé, c'est-à-dire dans ceux où la hernie n'avait point occasionné la mort au moment de sa production, nous voyons qu'il y avait eu hernie sans plaie extérieure.

Mais si elles n'entraînent pas fatalement la mort pour une époque rapprochée de l'accident primitif, les hernies diaphragmatiques entraînent le plus souvent après elles une série d'accidents d'intensité variable suivant les sujets, qui en font une véritable infirmité pour les malheureux qui en sont atteints. Cependant on a cité quelques exemples de guérison apparente parfaite, nous disons apparente car un beau jour l'étranglement est venu, prouvant que si la hernie ne se manifestait par aucun malaise, par aucun signe pouvant même en permettre le soupçon, elle n'avait pas pour cela disparu.

L'étranglement des hernies diaphragmatiques a toujours été suivi de mort, et cela à brève échéance; en huit ou dix jours au maximum, ordinairement en moins de temps que cela.

La *marche*, la *durée*, la *terminaison* des hernies diaphragmatiques simples ou suivies d'étranglement ont été suffisamment étudiées dans les pages qui précèdent, pour que nous n'éprouvions pas le besoin d'y revenir et de leur consacrer un chapitre spécial.

Quant *aux complications*, nous avons longuement insisté sur la plus essentielle, l'étranglement; nous

ne ferons que citer la périctonite, compagne si habituelle de l'étranglement, ainsi que toutes celles qui, comme l'hémothorax, le pyopneumothorax, l'hydro-pneumothorax, l'emphysème et le pneumothorax, ne se montrent guère que dans les cas où il y a coïncidence de plaie de la poitrine ou de l'abdomen.

§ VIII.

TRAITEMENT.

C'est un bien court chapitre que celui du traitement dans l'histoire de la hernie diaphragmatique ! cependant, comme il ne convient pas de rester absolument désarmé, lorsqu'on se trouve en sa présence, nous allons indiquer les quelques moyens qu'on pourra lui opposer, moyens qui, s'ils sont insuffisants pour amener la guérison, pourront au moins, dans quelques cas, amener un certain soulagement.

Nous diviserons cette étude du traitement en deux parties :

1° Traitement des hernies simples.

2° Traitement des hernies compliquées d'étranglement.

1° Traitement des hernies simples.

Dans tous les cas de plaie pénétrante de la poitrine ou de l'abdomen, assez profonde pour faire

croire à l'existence d'une plaie du diaphragme, le chirurgien devra penser à la possibilité de la formation d'une hernie, et, c'est cette formation qu'il devra chercher à empêcher; aussi ordonnera-t-il le repos absolu dans le décubitus dorsal, « le thorax un peu élevé par des coussins, de façon à ce que le poids des viscères s'oppose le plus possible à leur ascension vers le thorax; les cuisses fléchies sur le thorax devront être maintenues dans cette position, afin de relâcher le plus possible les muscles de l'abdomen. Le malade évitera de parler, et ne fera aucun effort; lorsque les plaies seront cicatrisées, les malades, pendant longtemps, devront éviter toute marche forcée, tout exercice qui exige un développement de force. » (A. Desprès.) (1)

Ces mêmes préceptes devront être recommandés lorsqu'on soupçonnera une rupture du diaphragme.

Mais la hernie s'est produite, elle n'a pu être empêchée, et son diagnostic est certain. Alors on prescrira la position assise, on évitera tout effort, et on pourra maintenir la base de la poitrine avec un bandage de corps, dans le but problématique d'entraver la respiration diaphragmatique.

Olivet raconte que certains malades ont pu calmer leur dyspnée, en mangeant copieusement. Lorsque l'estomac est hernié, c'est possible, car, dit-il, en remplissant l'estomac, ils le forcent à redescendre dans l'abdomen à la place normale où le retiennent encore ses adhérences et sa continuité avec les autres viscères.

(1) A. Desprès, Loc. cit. 361.

2° Traitement des hernies étranglées.

Toujours impuissant, le traitement opposé à l'étranglement des hernies diaphragmatiques a été, dans toutes les observations publiées jusqu'ici, le même que celui de l'occlusion intestinale dans la cavité abdominale.

Les purgatifs, les vomitifs, les lavements glacés, ont tour à tour été essayés sans succès, les douches ascendantes semblent cependant avoir plusieurs fois arrêté le développement d'un étranglement commencé. On pourra essayer aussi les injections sous-cutanées de morphine, les applications de glace, mais le plus souvent, ou pour mieux dire toujours, ces moyens resteront sans résultat, n'apportant même, le plus ordinairement, qu'un soulagement insignifiant.

Devant cette impuissance absolue des moyens médicaux, n'y aurait-il pas lieu d'intervenir chirurgicalement? Guthrie (1) répond affirmativement, en conseillant de pratiquer sur l'abdomen, en regard du lieu où on suppose que le diaphragme a été blessé, une ouverture assez large pour laisser passer la main et permettre de ramener à leur place les parties herniées. En cas d'adhérences, le cas serait traité comme une hernie adhérente en d'autres lieux, par débridement de la striction fait

(2) Guthrie. (Commentaries on the Surgery of the war, sixième édit. p. 506).

au lieu le plus convenable et le plus accessible. La plaie de l'abdomen serait ensuite fermée par la suture. Legouest, à propos de l'opération proposée par Guthrie, s'exprime ainsi : « Cette opération, en apparence formidable, nous paraît devoir être acceptée; elle ne serait pas plus dangereuse que les larges incisions qui, dans certaines circonstances, ont été faites avec succès pour enlever les kystes de l'ovaire, et seule elle donnerait quelques chances de vie au malade. » (1)

Dans le remarquable traité de pathologie externe de MM. Follin et Duplay, on trouve émise l'idée que la laparotomie pourrait être tentée, mais pour ces auteurs, il est vraisemblable que cette tentative resterait sans effet.

Certes, avec les puissants antiseptiques que l'on possède aujourd'hui, grâce à la sureté relative que donne le pansement de Lister, appliqué dans toute sa rigueur, lorsqu'il s'agit d'aller porter l'instrument tranchant dans la cavité péritonéale, il est, en effet, permis de penser à pratiquer la laparotomie dans l'étranglement des hernies diaphragmatiques. Avec MM. Follin et Duplay, nous pensons que c'est là une opération qui restera probablement toujours sans effet, à moins cependant qu'on puisse arriver à obturer l'orifice qui a donné passage à la hernie; mais c'est là un résultat qui nous paraît bien difficile à obtenir, et alors la hernie se reproduira nécessairement presque aussitôt après sa réduction

(1) Legouest. Chirurgie d'armée, p. 503.

pour s'étrangler de nouveau dans un temps plus ou moins éloigné. Cependant, malgré ce peu de chances de succès, la laparotomie devra être tentée chaque fois que le diagnostic sera certain, et l'on pourra peut-être ainsi prolonger, pour quelque temps encore, l'existence du malade.

On pourra enfin créer un anus artificiel, comme cela a été fait, sans succès, du reste, par Bardenhever (1), dans un cas de hernie diaphragmatique étranglée, où le diagnostic d'occlusion intestinale avait été porté.

(1) Voir deuxième partie. Obs. IX.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

Sur un cas de hernie diaphragmatique traumatique, compliquée d'étranglement; mort.

Le sieur Guyonnet, Félix, (de Niort), entre à l'hospice St-Charles, salle 4, le 15 janvier 1882. Il arrive de la Cabane carrée, faubourg de Rochefort, où il faisait le métier de manoeuvre terrassier; il est âgé de 47 ans, c'est un ancien forgeron.

Les renseignements qu'il donne sur le début de sa maladie sont absolument vagues; il se plaint d'une douleur assez vive dans la région lombaire, est constipé depuis trois jours, et depuis la même époque, il souffre d'une certaine gêne dans l'émission des urines; depuis deux jours même il n'a pas uriné.

Guyonnet accuse, d'autre part, des nausées sans vomissements; la langue est chargée d'un enduit jaunâtre, la bouche est amère, la soif vive; le malade n'a jamais eu de fièvre intermittente, et les fonctions respiratoires s'accomplissent normalement. Le ventre ne paraît pas douloureux à la palpation. Temp. axil., 37,4; Pouls, 84.

Prescription : Une bouteille d'eau de Sedlitz. Bouillon. Quart de vin.

Le 15. Soir. A la contre-visite, on trouve le ventre volumineux, principalement à l'hypogastre; là, submatité à la percussion, qui éveille en même temps de la douleur. Le ma-

lade n'ayant pas encore uriné, le cathétérisme est pratiqué, non sans difficulté, à cause du volume de la prostate et donne 200 grammes d'une urine louche et contenant une notable quantité de mucus. Le ventre reste ballonné, et l'eau de Sedlitz administrée le matin n'ayant produit aucun effet, on prescrit pour la soirée un looch à l'huile de croton, deux gouttes, et à l'huile de ricin, 15 grammes.

Le 16. Matin. La constipation persiste et le malade se plaint d'un point douloureux siégeant au niveau des dernières fausses côtes du côté gauche. Cette douleur, s'irradiant dans tout l'abdomen et vers l'hypogastre, reste plus vive à gauche de la ligne blanche.

Pendant la visite, on fait administrer un lavement huileux qui provoque une selle composée de matières dures, ovillées. On prescrit, en outre un grand bain tiède pendant lequel l'urination se fait facilement. T. 37,2; P. 90.

Soir. Le malade a eu quelques vomissements aqueux, après la visite du matin; cependant ce soir il est plus calme; le bain a amené une certaine amélioration dans son état. Le ventre est moins ballonné, la douleur beaucoup moins vive, et, sans trop souffrir, le malade peut tourner et s'asseoir sur son lit.

Le 17. Matin. La constipation persiste (depuis la selle provoquée par le lavement huileux, le 16, à la visite, le malade n'en a pas eu d'autre).

La nuit, d'autre part, a été mauvaise à partir de minuit; en effet, tout ce que prend Guyonnet, bouillon et tisane, est rejeté; les derniers vomissements sont composés en grande partie de lait et de bile; on y retrouve même une certaine quantité du looch huileux pris le 15, au soir. Le ventre toujours sensible est plus météorisé qu'hier, le malade déclare ne plus émettre de gaz par l'anus, et se trouve gêné pour respirer. L'urination est restée facile.

Un étranglement interne paraît évident, mais la détermination de son siège semble impossible, la distension du ventre, peu exagérée au reste, est uniforme, la sonorité à la

percussion est égale partout, et, dans aucun point de l'abdomen, on ne trouve trace de tumeur.

La douleur du flanc gauche persiste, elle s'exagère par moments, et toujours à la palpation. Son maximum semble siéger au niveau d'une cicatrice ancienne que l'on remarque un peu en arrière de la ligne axillaire entre les 9^e et 10^e côtes.

Interrogé sur la provenance de cette cicatrice, le malade la fait remonter à la guerre de 1870, pendant laquelle il aurait reçu un coup de sabre.

Il ne donne que des renseignements peu précis sur les accidents consécutifs à cette blessure, dont cependant il prétend s'être senti assez longtemps et qui l'empêcha de reprendre son ancien métier de forgeron. Depuis plusieurs années il n'a plus été incommodé par aucune gêne, et jouissait d'une excellente santé, il exerçait sans peine le pénible métier de terrassier.

La percussion de la poitrine, à gauche, fait constater de la matité sur une assez grande étendue à la base, de la submatité à la partie moyenne. A la palpation, les vibrations thoraciques sont abolies; à l'auscultation, on n'entend pas de murmure vésiculaire, aucun souffle n'est perçu, de temps en temps quelques gargouillements. A droite, rien d'anormal; le cœur paraît dévié à droite. T. 37,2; P. 80.

On prescrit : Bouillon glacé, ingestion de fragments de glace, application de glace sur le ventre et un lavement avec : sené, 15 grammes, sulfate sodique, 20 grammes, Eau glacée, 400 grammes.

Le 17. Soir. Des matières semi-liquides sont rendues avec le lavement purgatif administré à l'aide d'une longue canule de gomme. A 1 heure, après midi, un second lavement d'eau glacée est poussé de la même façon, mais ne ramène rien. Les vomissements sont moins fréquents.

A 4 heures le ventre est toujours douloureux, mais le météorisme intestinal semble avoir sensiblement diminué.

Prescription: Potion, extrait de belladone, 10 centigrammes;

eau sucrée, 100 grammes, à prendre une cuillerée à bouche toutes les heures.

Pour la nuit, un looch avec : huile de croton, 2 gouttes ; huile de ricin, 15 grammes ; 1 lavement d'eau glacée.

Le 18. Matin. Nuit mauvaise. Vers 3 heures du matin, Guyonnet a été pris d'une crise de suffocation qui n'a cédé qu'à des applications de chloroforme à la base de la poitrine, et à une injection sous-cutanée d'un centigramme de chlorhydrate de morphine. Au moment de la visite, le malade est très agité, la dyspnée est considérable, et le ventre qui, malgré un certain ballonnement était resté relativement souple jusqu'ici, est fortement distendu par les gaz intestinaux ; les vomissements ont reparu abondants et fréquents, ils sont bilieux et alimentaires, mais ne contiennent pas la moindre trace de matières fécaloïdes d'odeur si caractéristique.

La percussion dénote une matité absolue de tout le côté gauche ; l'auscultation ne donne que des signes négatifs.

Toujours pas de selles. Urination facile. T. 36,7 ; P. 95.

Prescription : Bouillon. Vin, lait glacé. Lavements froids. Cataplasme glacé sur le ventre. Injection de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine.

Le 18. Soir. L'état du malade n'a fait que s'aggraver depuis ce matin ; la respiration est de plus en plus embarrassée, le hoquet arrive bientôt compliquer la scène. Les traits sont visiblement altérés, la face grippée est couverte d'une sueur froide et visqueuse.

Le pouls est petit et fréquent.

Guyonnet succombe le 19 janvier à 1 heure du matin.

Autopsie. 24 heures après la mort.

Habitude extérieure. Le ventre est volumineux, donnant à la percussion une sonorité très claire. Sur la paroi thoracique gauche, on constate une cicatrice blanche, ancienne, linéaire ; elle est longue de 4 centimètres, obliquement dirigée d'arrière en avant et de haut en bas, dans le sens du neuvième espace intercostal, au niveau duquel elle est située,

deux ou trois centimètres environ en arrière de la ligne axillaire.

Cavité abdominale. Une incision cruciale, étant pratiquée sur la paroi abdominale, les anses intestinales très dilatées par des gaz font immédiatement saillie à l'extérieur, et l'on constate l'absence du grand épiploon. Dans la cavité péritonéale, on trouve 50 grammes d'un liquide légèrement jaunâtre; le péritoine est injecté.

Le colon descendant est vide, ratatiné; rouge; il forme un cordon du volume du doigt, ses parois sont épaissies. En le suivant du côté de la paroi supérieure de l'abdomen, on le voit arriver jusqu'au diaphragme, au travers duquel il semble s'engager. Le colon transpercé, très dilaté, est attiré en haut et à gauche; comme le colon descendant, il paraît s'engager au travers du diaphragme. La grande courbure de l'estomac est aussi attirée du même côté par le grand épiploon dont on ne voit que la partie supérieure devenue inférieure par suite du passage de la plus grande partie de ce repli péritonéal dans le thorax. On introduit avec beaucoup de peine la pulpe de l'index dans l'orifice par où sont passés les organes que nous venons d'énumérer. En arrière de cet orifice, on trouve la rate réduite au quart environ de son volume normal. Tous les autres organes abdominaux sont sains.

Cavité thoracique. — Elle est ouverte avec précaution; une forte odeur stercorale se dégage aussitôt et on trouve la cavité pleurale gauche remplie par un liquide puriforme et par une tumeur volumineuse constituée par une anse intestinale (l'angle formé par les colons transverse et descendant) et par le grand épiploon tout entier. Plèvre et tumeur sont recouvertes par une couche épaisse d'un millimètre et demi d'une matière molle, blanc jaunâtre, ayant l'aspect de pus coucrété.

L'épiploon est rouge, épaissi et graisseux; l'intestin est affaissé sur lui-même, d'un rouge très foncé et présente par

places des plaques noirâtres, au niveau desquelles il est très aminci; deux d'entre elles sont perforées à leur centre. Il renferme une petite quantité de matière liquide jaunâtre. Le pöumon est petit, tassé dans la partie supérieure et postérieure du thorax; il est sain et ne porte la trace d'aucune lésion traumatique ancienne.

La hernie s'est faite par un orifice de deux centimètres environ de longueur, situé à deux travers de doigt en dehors de la foliole gauche du centre phrénique, et des adhérences intimes et anciennes unissent cet orifice à un point de l'intestin et de l'épiploon, dont la plus grande partie, étant libre de toute adhérence, peut être facilement ramenée dans l'abdomen. Sur son bord gauche on trouve une languette épiploïque complètement soudée au diaphragme. Un pont fibreux très résistant allant de l'angle externe de l'orifice herniaire au neuvième espace intercostal qu'il traverse, réunit le diaphragme à la peau au niveau de la cicatrice extérieure et dans toute son étendue. Ce pont, au-dessous duquel on peut passer le doigt est très épais, large d'environ 3 centimètres; il est obliquement dirigé de dehors en dedans et en avant, de haut en bas. La direction indique le trajet qu'à dû suivre la lame du sabre en pénétrant dans l'abdomen.

Rien d'anormal dans la cavité pleurale droite. Le poumon de ce côté est sain. Le cœur est dévié à droite.

Remarques. — Cette observation est intéressante à plus d'un titre: d'abord, par les symptômes, qui sont ceux de l'occlusion intestinale coexistant avec ceux d'un épanchement pleurétique abondant; ensuite, par le long intervalle écoulé entre le jour où la hernie s'est produite et celui où l'étranglement est venu la compliquer, et par le mécanisme même de cet étranglement.

Pendant la vie de Guyonnet, devant l'impossibilité où l'on se trouvait de fixer un siège à l'occlu-

sion intestinale, dont l'existence n'était pas douteuse, devant les signes fournis par l'examen de la poitrine et la coïncidence de cette cicatrice ancienne qu'il portait au neuvième espace intercostal, on a soupçonné, *mais seulement soupçonné*, une hernie diaphragmatique étranglée. C'est là une affection tellement rare, on est si peu habitué à la rencontrer qu'on n'a pas cru devoir la diagnostiquer d'une façon certaine.

La hernie remonte évidemment au jour où le diaphragme a été blessé, les adhérences intimes des bords de l'orifice avec les organes en font foi ; mais elle n'a pas toujours été aussi volumineuse qu'au moment de l'autopsie ; l'intestin et l'épiploon ne sont adhérents, en effet, qu'en un point seulement de leur surface, ce qui nous fait croire qu'habituellement, il ne devait y avoir dans la cavité pleurale, que la languette épiploïque signalée dans l'observation, et qui a dû être séparée de l'épiploon par l'instrument tranchant. Quant au colon, il ne devait être que très peu engagé ; aussi, depuis plusieurs années déjà, le malade n'éprouvait aucune gêne respiratoire, et, les organes de la digestion avaient toujours normalement fonctionné.

Mais Guyonnet avait une profession excessivement pénible, aussi, est-il probable que, pendant un effort violent, l'anse du colon que nous avons rencontrée dans la plèvre, à l'autopsie, s'est engagée tout entière et, avec elle tout le tablier épiploïque ; c'est ce dernier, sans doute, qui, par son volume,

obturant complètement l'orifice, a empêché la réduction de se faire et a causé l'étranglement.

Quant aux petites perforations que nous avons constatées sur l'intestin, il est probable qu'elles se sont produites le 18 janvier pendant la nuit, au moment où le malade a eu cette crise de suffocation signalée dans l'observation.

Quoique, dans ces remarques, nous ne voulions pas revenir sur chacun des symptômes observés, nous devons, en terminant, faire remarquer que Guyonnet n'a jamais eu de vomissements fécaloïdes, parce que c'est là un signe qui peut aider à mettre sur la voie du diagnostic de la hernie diaphragmatique étranglée. Ils manquent, en effet, le plus ordinairement dans cette affection, tandis qu'au contraire, ils sont presque constants dans l'occlusion intestinale.

OBSERVATION II.

Hernie diaphragmatique traumatique, compliquée d'étranglement,
par Ambroise Paré (1).

D'abondant je ne veux omettre cette histoire advenue depuis peu de temps, d'un capitaine nommé François d'Alon, natif de Xaintonge, lequel estant à la suite de M. de Biron, Grand-Maître de l'artillerie de France, reçut devant la Rochelle un coup d'arquebuse, dont l'entrée estait à la fin du sternum près le cartilage scutiforme, passant au travers du diaphragme en sa partie charneuse, dont la sortie estait entre la cinq et sixième des costes vrayes du côté gauche, du-

(1) Ambroise Paré, œuvres, 4^e éd., 1535, ch. 22, p. 397.

quel coup sa playe fut bien consolidée par dehors, toutesfois il lui restait toujours depuis une débilité d'estomach, comme une espèce de colique à raison de quoy il n'osait souper que bien légèrement. Huit mois après, luy survint une grande douleur du petit ventre, comme une colique. et fut secouru bien soigneusement par M. Malmedy, docteur régent en la Faculté de médecine, et lecteur du Roy, et M. du Val, pareillement docteur de la Faculté de médecine, hommes sçavants en la médecine et la chirurgie. Néanmoins quelques remèdes qu'on y peut administrer, mourut, et fu d'avis l'anatomiser pour sçavoir la cause de sa mort, et des grandes douleurs qu'il sentait pendant sa maladie. Ce qui fut fait par Jacques Guillemeau, chirurgien du Roy, et juré de Paris, grandement versé en l'anatomie et es-autres parties de la chirurgie, et fut trouvé en la capacité du thorax une grande partie de l'intestin colon rempli de vents qui estait entré par le trou du diaphragme fait par la blessure; toute fois n'estait le dit trou suffisant qu'à mettre le bout du petit doigt.

Remarques. — Il nous a paru intéressant de reproduire cette observation, la première que l'on rencontre dans l'histoire de l'étranglement des hernies diaphragmatiques. Certes elle ne nous apprend pas grand chose au point de vue symptomatologique, mais elle nous montre ces malaises presque toujours observés dans l'intervalle séparant l'époque où la hernie s'est produite du jour où est survenu l'étranglement; enfin, elle est un des cas rares de hernie de cause directe n'ayant pas entraîné la mort au moment du traumatisme et s'étant étranglée de nombreux mois après.

Immédiatement après cette observation nous croyons devoir reproduire celle non moins inté-

ressante qui a été publiée par Fabrice de Hilden, et que nous transcrivons telle qu'on la trouve dans le journal de chirurgie de Desault. (1)

OBSERVATION III.

Sur un cas de hernie diaphragmatique consécutive à un coup d'épée, étranglée 5 mois après, par Fabrice de Hilden (2).

Un coup d'épée ayant traversé le côté gauche de la poitrine, il pénétrait en avant entre la quatrième et la cinquième côte, et sortait en arrière au-dessous de la neuvième. Les plaies furent fermées au bout de deux mois et le blessé parut ensuite se porter assez bien. Cinq mois après cette guérison apparente, il survint des vomissements continuels, d'abord des aliments, et des boissons, puis d'une bile verdâtre, enfin de matières noires. Le malade périt dans une syncope le cinquième jour de ces nouveaux accidents.

L'ouverture du cadavre fit voir le diaphragme percé dans son centre aponévrotique. L'estomac tout entier était passé par cette ouverture dans la cavité gauche de la poitrine. Le poumon collé aux côtes supérieures était si petit que l'observateur supposa qu'il devait être fondu par la suppuration : le cœur était aussi refoulé à droite où ses battements s'étaient toujours fait sentir, depuis l'instant de la blessure.

Remarques. — Cette observation est, avec celle de Chevreau (obs. IV), une de celles qui ressemblent le plus à la nôtre; coup d'épée, plaie pénétrante de la poitrine, et, avec elle, plaie du diaphragme à travers laquelle se fait une hernie; guérison, et quelque temps après étranglement de la hernie, suivi de

(1) Journal de chirurgie de Desault, T. III, p. 11.

(2) Fabrice de Hilden. Opera omnia. Cent. II, obs. 33, p. 108.

mort. Elle nous montre, à l'autopsie, le poumon refoulé aussi haut que possible, tellement comprimé que l'observateur le croit fondu et le cœur dévié à droite. C'est presque dans toutes les observations que nous trouverons le poumon refoulé et le cœur dévié, aussi, en présence de la constance de ces faits croyons-nous devoir insister sur la nécessité absolue de l'examen approfondi des organes thoraciques, chaque fois que l'on aura devant soi un cas d'occlusion intestinale dont on ne pourra trouver le siège dans l'abdomen. Seuls, les résultats fournis par cet examen pourront alors permettre le diagnostic de la hernie diaphragmatique, et, c'est pour ne pas l'avoir fait, que de trop nombreux observateurs sont passés à côté de ces lésions sans même les avoir soupçonnées.

OBSERVATION IV.

Sur une hernie diaphragmatique, par M. Chevreau, docteur médecin, chirurgien-major de la légion du Calvados (1).

Le sieur Camelot (Augustin), soldat à la légion du Calvados, âgé de 29 ans, d'une bonne constitution, et d'une stature moyenne, était avec plusieurs de ses camarades, le 5 avril 1818, après midi, dans une guinguette du faubourg de Brest, où, parfaitement dispos, il se livrait au plaisir de la danse, quand, tout à coup, son visage venant à se décomposer, un de ses amis lui demanda s'il se trouvait mal. « Je ne suis pas bien, répondit-il, je me sens pris de coliques. » Ramené bientôt à la caserne, il se mit sur son lit, mais comme

(1) Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires T. V., 1818.

les douleurs continuaient, on appela M. Dremer, aide-majon, qui lui fit boire de l'eau chaude avec de l'huile.

Je le vis le soir, il avait vomi les aliments pris dans la matinée, mais ces coliques persistaient et il se plaignait vivement. Je palpai le ventre et n'y reconnus aucun embarras; son état douloureux augmentait par le toucher et il y avait un peu de dépression. le pouls était assez serré, la peau d'une fraîcheur plus qu'ordinaire.

Je lui fis prendre quelques gouttes de laudanum et je prescrivis pour boisson une légère infusion chaude de camomille; dans la nuit, on y joignit des lavements et des fomentations de la même infusion, mais le malade n'en parut nullement soulagé.

Dès le matin, Camelot fut porté à l'hôpital de la marine; et placé dans la salle de M. Duval, second médecin en chef, à qui je fis part de ce qui avait précédé. Vers 7 heures, le pouls étant raide, le malaise et l'agitation continuel, une saignée fut faite et répétée dans le jour, et les calmants, les bains, les lavements, les fomentations, les dérivatifs, etc., furent employés avec un soin extrême et une constance particulière. Les boissons passaient, les lavements entraînaient quelques matières, mais tout fut sans effet pour le soulagement du malade, les souffrances et l'anxiété persistaient.

Vers le soir, Camelot, cessant de parler de sa colique, se plaignit d'une douleur considérable dans le côté gauche du thorax, mais dont il assignait le point assez vaguement, il se tenait courbé et se couchait sur le côté droit, la respiration était courte et régulière, l'anxiété très grande, le pouls fréquent, serré et inégal. En insistant sur les moyens généraux l'on dirigea vers le point douloureux l'application des cataplasmes, de sangsues, de vésicants, etc., mais on n'obtint aucune rémission et toutes les ressources de l'art ne purent arrêter la marche effrayante des symptômes.

Le . La face était grippée, les forces épuisées, la respiration stertoreuse et le malade succomba dans la soirée, après environ cinquante-quatre heures de souffrances.

Pendant le cours de cette longue agonie, nous avons appris, en questionnant Camelot, qu'il était sujet à éprouver, de temps en temps, des douleurs dans le côté depuis l'an 1813, époque où, servant dans les dragons, il avait reçu à l'affaire de Liebstaß, plusieurs coups de lance, dont un pénétrant entre les septième et huitième côtes gauches avait laissé une cicatrice apparente.

Autopsie. — L'ouverture du cadavre fut faite le lendemain matin en présence de MM. les officiers de santé en chef et de beaucoup de chirurgiens de la marine.

La poitrine ouverte avec beaucoup de précaution, laissa échapper de sa cavité gauche un liquide noirâtre et fétide, dont elle contenait plus de 4 litres, la plèvre en était brunnâtre et couverte de flocons albumineux; le poumon, sain d'ailleurs, était extrêmement resserré sur lui-même et refoulé dans le haut de la cavité dont la majeure partie était occupée par une anse du colon d'environ 15 pouces de longueur, de couleur rembrunie, contenant des liquides et des gaz, et se trouvant étranglée avec une portion d'épiploon; par une ouverture accidentelle du diaphragme qui lui avait livré passage.

On ouvrit avec ménagement la cavité abdominale pour se conserver la facilité d'observer les pièces dans leur position; après quoi, elles furent détachées et examinées très attentivement en détail.

Le trou du diaphragme, situé vers le bord de la partie aponevrotique était rond et avait 7 ou 8 lignes de diamètre, ses bords épais, endurcis et comme calleux présentaient l'apparence d'une ouverture naturelle: la portion d'épiploon engagée dans ce trou y était tellement adhérente, qu'elle semblait avoir toujours fait partie constituante de ses bords, et son extrémité qui flottait dans le thorax était large d'environ 3 pouces et avait acquis beaucoup d'épaisseur.

De tout ce qui vient d'être exposé, il me semble qu'on peut induire que le coup de lance reçu en

1813, aura fait alors au diaphragme une petite plaie dans laquelle se sera, dès l'instant, engagée la portion d'épiploon, qui y est depuis demeurée adhérente par la cicatrisation, et que, de plus, une petite partie du calibre du colon y aura été habituellement admise, entrant et sortant avec facilité, arrondissant ainsi les bords de cette ouverture, n'occasionnant point de dérangement notable dans la santé du sujet, mais seulement les douleurs que Camelot disait éprouver quelquefois dans le côté, et qui semblent devoir être attribuées aux cas où l'engagement d'une plus grande portion du colon rétrécissait son calibre et gênait d'autant le passage des matières; enfin qu'en dernier lieu, la contraction violente des muscles du ventre dans un grand effort de la danse aura causé l'irruption insolite d'une anse énorme d'intestin et produit l'accident fatal qui fait le sujet de cette observation; accident qui, lors même que le diagnostic en eut été palpable, n'en serait pas moins demeuré dans la triste catégorie des cas qui sont au-dessus des ressources de l'art, et font le désespoir du praticien.

OBSERVATION V.

Hernie diaphragmatique étranglée, survenue à la suite d'un coup d'épée, par Jean Fanton (1).

Cavalier rappelle en quelques mots, dans sa thèse, cette observation :

Il s'agit d'un jeune homme ayant reçu, un an auparavant,

(1) Thèse de Cavalier, Paris, 1804.

un coup d'épée à l'épigastre. Depuis ce moment, il était sujet aux coliques, aux vomissements, lorsque, tout à coup, ces symptômes redoublèrent d'intensité, et les vomissements devinrent excrémentitiels et la mort survint.

A l'autopsie, Jean Fanton ne peut retenir un cri de surprise en n'apercevant pas l'estomac dans la cavité abdominale; avec une partie du colon, il s'était hernié dans la poitrine à travers un orifice étroit du diaphragme.

OBSERVATION VI.

Hernie de l'estomac, du côlon transverse et du grand épiploon dans la poitrine à travers une ouverture du diaphragme; mort, par M. Battalia (1).

L'auteur se trouvant, une nuit du mois d'octobre, arrêté dans un village, à peu de distance de Turin, fut prié de visiter un malade dans le voisinage. Cet homme, âgé de 29 ans, robuste et adonné à la boisson, s'était, la veille au soir, livré à un excès alcoolique suivi immédiatement d'excès vénériens. Telle était la cause qu'il attribuait à la maladie. Lorsque M. Battalia le vit, il avait la face rouge, livide; soif inextinguible, respiration difficile, langue limoneuse, haleine fétide, hoquet presque continu, nausées violentes, vomissements de matières ressemblant beaucoup aux matières stercorales, pouls fréquent, irrégulier, un peu déprimé, chaleur de la peau au-dessous de l'état normal, constipation obstinée, sensation d'ardeur avec légère douleur à la région iliaque droite. D'après ces signes, on crut d'abord à une hernie étranglée, mais on ne trouva aucune tumeur sur la paroi abdominale; on découvrit seulement sur le côté droit de la poitrine une cicatrice que le malade rapporta à un coup de sabre reçu quatre ans auparavant. Du reste, cette cicatrice paraissait bornée aux téguments.

(1) Giornale delle scienze mediche della Società medico-chirurgica di Torino, traduit par la Gazette médicale de Paris, année 1845, p. 60.

Malgré le traitement le plus énergique, les accidents s'aggravèrent avec une telle rapidité que le malade succomba quarante-huit heures après leur début.

Autopsie. — Le cadavre présentait une légère tension de l'épigastre et des deux hypochondres; le reste de l'abdomen était aplati et ses parois rétractées vers la colonne vertébrale contre laquelle on aurait pu les appliquer. (Cette apparence existait déjà et avait été reconnue pendant la vie).

Abdomen. — L'ouverture de cette cavité montra l'intestin grêle et le péritoine d'une couleur rouge livide, et, dans quelques points, prêts à passer à l'état gangréneux. D'anciennes adhérences filamenteuses existaient entre le péritoine et les viscères, principalement le foie, qui était plus volumineux qu'à l'ordinaire, et dont le petit lobe s'étendait depuis l'hypogastre (lisez probablement épigastre) jusqu'à l'hypochondre gauche. On recueillit un peu de sérosité d'un rouge obscur. On vit alors avec le plus grand étonnement qu'il manquait, dans l'abdomen, le grand épiploon et une partie du colon transverse, viscères qu'on reconnut avoir passé dans la cavité thoracique droite à travers une ouverture anormale du diaphragme.

Poitrine. — La cavité thoracique ayant été ouverte avec précaution, on y trouva l'estomac entier énormément distendu, couvert et complètement enveloppé par l'épiploon, et, plus près du diaphragme, le colon transverse. Le poumon droit était retiré dans la partie supérieure et interne de cette cavité; le cœur et tous les autres viscères thoraciques, sans exception le poumon droit, étaient parfaitement sains. On trouve cependant, surtout dans la plèvre droite, une petite quantité de sérosité d'un rouge noir, semblable à celle contenue dans le péritoine.

Les viscères herniés, désignés plus haut, offraient toutes les traces de l'inflammation la plus violente, leur couleur était la même que celle des autres intestins et du péritoine. L'estomac ayant été ouvert, on trouve également sa face interne d'un rouge livide, couverte çà et là d'un liquide visqueux, jaunâtre.

Les viscères herniés étaient tellement étranglés dans l'ouverture du diaphragme qu'on ne pût les faire rentrer qu'avec de grands efforts, et, après avoir entièrement évacué le liquide qu'ils contenaient en abondance.

L'ouverture, ainsi mise à découvert, parut de forme ovale avec des bords un peu durs et irréguliers, situés transversalement un peu au-dessus et à droite de l'ouverture œsophagienne et s'étendant jusqu'au centre tendineux, lequel était déchiré dans une petite portion. Le diamètre transversal (le plus grand) de cette ouverture avait près de trois pouces et demi; le longitudinal en mesurait deux et demi.

Remarques. — L'auteur de cette observation s'est cru, même après l'autopsie, en présence d'un cas de hernie diaphragmatique survenue après une rupture spontanée du diaphragme, et cela, parce que la cicatrice dont le sujet était porteur, était superficielle et ne comprenait que les téguments, parce que, depuis 4 ans, la santé de l'individu avait été parfaite. Nous ne croyons pas que M. Battalia soit dans le vrai en émettant cette opinion, et nous aimons bien mieux nous ranger à l'avis de la *Gazette médicale* qui, en reproduisant cette observation, combat l'opinion de M. Battalia. Rapprochant, en effet, la coexistence d'une cicatrice sur le côté droit et d'adhérences anciennes, il paraît bien plus naturel de penser à une hernie traumatique qu'à une hernie spontanée.

Quant au phénomène de l'étranglement, il s'est ici présenté avec des caractères symptomatologiques et anatomiques absolument identiques à ceux que nous lui trouvons dans les autres observations.

OBSERVATION VII.

Hernie diaphragmatique étranglée; par M. Thomson.
London médical Gazette (1).

Un homme de 74 ans avait toujours été bien portant, lorsque, il y a un an, il fit une chute de 10 pieds de hauteur. A partir de ce moment, il éprouva de la toux et une douleur contusive dans le côté gauche de la poitrine, qui redoublait surtout lorsqu'il était couché et dont il ne pouvait se soulager qu'en pressant ses deux mains sur cette région; il eut aussi des nausées et de la constipation. Rétabli au bout de quelques semaines il ne fut cependant, depuis lors, jamais tout à fait exempt d'indisposition; il était souvent tourmenté par des vents, des vomissements d'un liquide clair et sans saveur. Des purgatifs lui étaient assez souvent nécessaires.

A ces symptômes s'étaient venus joindre, depuis un mois, des difficultés à respirer, lorsqu'un jour, à la suite de son souper, il éprouva une violente douleur dans l'estomac et les intestins qu'aucun purgatif ne put soulager. A son entrée à l'hôpital, l'abdomen était distendu, dur et tympanique; douleur plus vive dans la région ombilicale, langue couverte d'un enduit brunâtre, pouls petit, faible, un peu résistant, nausées sans vomissements. Il n'y avait pas eu de selles depuis une semaine, mais de fréquentes envies de rendre. Les lavements et les divers purgatifs employés le furent sans aucun succès. Les phénomènes précités allèrent en augmentant, et le malade mourut huit jours environ après le premier développement de ces symptômes graves.

Autopsie. — Le sac péritonéal contenait 6 onces d'un liquide vert foncé. Traces d'un épanchement lymphatique récent. Intestins grêles de capacité normale, gros intestins très distendus. Une anse formée aux dépens des colons transverse et descendant avait passé dans la cavité pleurale, à travers

(1) Traduit in Gazette médicale de Paris, 1848, p. 636.

une ouverture du tendon cordiforme du diaphragme et s'y était étranglée. Le côlon, au-dessous de ce rétrécissement, était très rétracté et entièrement vide. En ouvrant la poitrine on trouva dans la plèvre gauche une anse intestinale longue de 13 pouces 1/2, pâle et distendue par des gaz. Il n'y avait ni sac, ni membrane séreuse. L'ouverture diaphragmatique admettait très aisément l'extrémité du doigt indicateur, et avait une structure tendineuse dans toute sa circonférence. Une adhérence ancienne, solide et vasculaire, d'un pouce de largeur sur un et demi de longueur, unissait le diaphragme ainsi que le mésocôlon de la partie herniée avec le cal des dixième et onzième côtes anciennement fracturées.

Poumons emphysémateux; la plèvre gauche renfermait 8 onces du même liquide que celui trouvé dans la cavité abdominale.

Cœur mou, un peu hypertrophié du côté gauche.

OBSERVATION VIII.

Hernie diaphragmatique étranglée, par Rollet (1).

Un maçon dans une chute est atteint de fracture d'une côte gauche déterminant une pleurésie à gauche et de l'emphysème cutané.

Quatre ans plus tard, à la suite d'une marche forcée, il succombe avec des accidents d'étranglement interne.

A l'autopsie, on trouve l'épiploon épaissi, fibreux, ayant le volume du poing, occupant la cavité thoracique gauche, et adhérent à la paroi costale; une portion du côlon d'environ 50 centimètres de long, d'un bleu noirâtre, est maintenue par des adhérences contre cet épiploon. Le poumon gauche est réduit au minimum sans offrir de traces d'inflammation. Le diaphragme présente pour le passage des viscères un trou petit, arrondi, à bords tranchants.

(1) H. Thorens. In *Revue des sciences médicales d'Hayem*, T. XII, p. 471.

OBSERVATION IX.

Hernie diaphragmatique déterminant un étranglement interne, création d'un anus artificiel; mort. par E. Bardenhever (1).

Facteur, âgé de 32 ans; le 19 janvier 1871, étant au Mans, il reçut, au moment où il se disposait à tirer, une balle de chassepot dans la poitrine, le projectile pénétra en avant sur le côté et ressortit par le dos. L'hémorrhagie par l'orifice d'entrée fut considérable et le lendemain le blessé cracha le sang. Néanmoins, au bout de quatre semaines, il fut guéri.

Depuis cette époque, il a, durant l'hiver et les grandes chaleurs, de l'oppression, souvent il souffre de l'estomac et est constipé.

En 1876, il dut s'aliter pendant un mois, ayant une constipation opiniâtre, des coliques et des vomissements.

En dépit d'un excellent appétit, il a toujours un teint gris jaunâtre. Le 20 octobre 1878, à dix heures et demie du soir, réapparition sans cause appréciable de coliques violentes et de vomissements qui se répètent au moins une cinquantaine de fois pendant la nuit suivante; vers le matin, a lieu une garde-robe ordinaire.

Le 21 octobre, vomissements moins fréquents, éructations considérables, coliques, constipation. Purgatifs et lavements.

Le 22, coliques continues, absence de selles, nausées, éructations, soif; ballonnement du ventre qui débute par le côté droit. Facies hippocratique.

Le 24 au soir, les mêmes phénomènes persistant, le malade entre à l'hôpital de Cologne pour se faire opérer.

Face anxieuse, respiration costale accélérée, pouls petit, dépressible, précipité, peau moite, température normale, langue sèche des deux côtés; en avant on perçoit le murmure

(1) Berlin, Klin. Wochens, n° 14, p. 195. Traduit in Hayem, Revue des sciences médicales, T. XV, p. 276.

vésiculaire, bruits cardiaques purs. Météorisme général du ventre avec voussure épigastrique arrondie, se perdant latéralement sous les fausses côtes.

Abdomen tendu et douloureux, sonorité tympanique de même tonalité depuis les quatrièmes côtes jusqu'aux symphyse pubiennes. Rien d'anormal dans les aines, ni dans le rectum. Urine peu abondante, acide, ne renfermant pas d'albumine, mais un peu d'indican. Le diagnostic d'occlusion intestinale était indubitable sans qu'on pût en trouver la cause.

Incision de 10 centimètres sur la ligne blanche, à mi-distance entre l'ombilic et la symphyse. La masse intestinale distendue s'échappe au dehors. La main introduite dans la cavité abdominale ne trouvant pas l'obstacle, deuxième incision longue de 10 centimètres, menée perpendiculairement du milieu de la première vers le côté droit de l'abdomen. Cette nouvelle incision met à découvert l'extrémité inférieure du côlon ascendant qui est suturé à la plaie pariétale qu'on referme au moyen de fils d'argent. L'ouverture du côlon donne issue à beaucoup de gaz et à des matières fécales fluides qui sortent avec violence. Le ventre s'affaisse un peu, le malade soulagé respire plus librement. Lavements dans les deux bouts intestinaux aboutissant à l'anus artificiel.

Le lendemain, aggravation de l'état général; 38°,8; 128 pulsations. Nausées, éructations, vive altération, l'opéré a, dit-il, le feu dans le ventre. La fistule donne issue à une grande quantité de matières fécales liquides. Le soir, 39°3, 140 pulsations filiformes, vomissements, collapsus. Mort à 3 heures du matin.

Autopsie. — Trente-trois heures après le décès. Rigidité cadavérique peu marquée. Dans la ligne axillaire antérieure gauche, entre la septième et la huitième côte, cicatrice linéaire longue de 1 centimètre, ne se distinguant que par sa couleur un peu plus blanche que celle de la peau environnante. Dans le même espace intercostal, se trouve, en ar-

rière, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche, une cicatrice semblable encore moins distincte.

Anses grêles, météorisées, rouges et adhérant mollement entre elles. Un quart de litre d'une sérosité trouble, fétide, mêlée de flocons fibrineux dans la cavité péritonéale. L'anus artificiel siège sur le colon ascendant, à 10 centimètres de l'origine de l'iléon. Distension des côlons ascendant et transverse ; la tunique séreuse de cet intestin est rompue sur le côté opposé à l'insertion du mésentère, les deux lèvres de la déchirure sont béantes de 1 centimètre ; à leur niveau, suffusion sanguine des parois intestinales. Mobilité insolite du côlon descendant et de l'S iliaque d'ailleurs normaux.

De chaque côté, le diaphragme remonte jusqu'à la cinquième côte. Viscères thoraciques dans leur position normale. Pas d'adhérences pulmonaires. En retirant le poumon gauche de la cave thoracique, on aperçoit une tumeur de la grosseur du poing, constituée par l'intestin et l'épiploon sans revêtement péritonéal ou pleural. La face externe de la tumeur formée par l'épiploon est soudée intimement à la plèvre costale, au niveau de la cicatrice constatée dans la ligne axillaire. L'intestin hernié est la courbure colique gauche sur une longueur de 30 centimètres, il est bleu rosé, et offre au doigt une résistance élastique ; des gaz et quelques matières fécales fluides composent son contenu ; même aspect de l'épiploon. Les extrémités de l'intestin et de l'épiploon herniés se sont fait jour à travers une perte de substance de la portion musculaire du diaphragme, à 3 centimètres en dedans de ses insertions latérales ; l'intestin est un peu mobile dans l'orifice herniaire, qui a les dimensions de la pulpe du petit doigt.

Lobe inférieur du poumon gauche ratatiné, congestionné et oedématié. Extrémité supérieure de la rate adhérente au diaphragme ; la rate normale à tout autre égard, contient, au niveau de son hile, un fragment métallique de la grosseur d'un demi-pois, de forme irrégulière et de surface raboteuse, que l'analyse montre être du plomb. Reins, foie, rachis et côtes tout à fait indemnes.

OBSERVATION X.

Sur une hernie de l'estomac dans la poitrine, par E.-E. Derrecagaix,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Jacques Micot, charpentier, à l'âge de 39 ans, tomba du dôme des Invalides sur plusieurs échafaudages, et, de là, sur un tas de décombres. Sa vie fut longtemps en danger, cependant au bout de cinq ou six mois il reprit ses travaux ordinaires, quoiqu'il lui restât une difficulté de respirer, une toux sèche et fréquente, des douleurs au côté gauche de la poitrine et des malaises continuels.

Les remèdes ni le temps ne purent améliorer cet état, qui était encore le même quinze ans après, lorsqu'il fit une nouvelle chute d'environ 20 pieds de haut, sur le côté gauche de la poitrine. Ce malade fut apporté le même jour, 19 novembre 1791, à l'hôtel-Dieu, où l'on reconnut la fracture des sept côtes inférieures du côté gauche. Un emphysème peu considérable occupait tout ce côté de la poitrine et, d'une manière plus marquée, la partie postérieure, où le malade ressentait une vive douleur. Il était oppressé, inquiet, agité; il avait les yeux hagards; il crachait du sang par intervalle; il vomissait toutes les boissons; la respiration était courte et très laborieuse, le pouls élevé et fréquent et l'altération extrême.

Ces symptômes paraissaient annoncer, outre la lésion de la poitrine, une forte contusion de l'estomac. On employa les remèdes d'usage en pareil cas, d'abord même avec succès. La douleur et la difficulté de respirer diminuèrent progressivement jusqu'au troisième jour; les vomissements devinrent moins fréquents, et l'estomac retint enfin une partie des boissons. Le malade dormait; mais son sommeil était agité par des rêves effrayants. Dans un de ces rêves, il tomba de son lit, la nuit du troisième au quatrième jour. Cette chute rendit aux premiers accidents toute leur intensité, et

(1) Journal de chirurgie de Desault, 1792, T. III, p. 9.

Boussac.

le blessé mourut, dans une syncope, environ quinze heures après.

On trouva, dans le cadavre, l'abdomen affaissé et sans aucune trace de contusion. Un peu de sang s'était épanché dans l'intérieur et au côté droit du bas-ventre. L'estomac et l'arc du côlon s'étaient portés dans la poitrine, dont ils occupaient presque tout le côté gauche. Le cœur était refoulé à droite ; le poumon affaissé et d'une petitesse extrême, quoique sans altération, se trouvait refoulé à la partie supérieure de la cavité, où il adhérait fortement à la plèvre et aux côtes.

L'estomac et l'arc du côlon s'étaient portés dans la poitrine à travers une ouverture accidentelle et fort ancienne, placée au quart externe du centre aponévrotique du diaphragme. Cette ouverture, de forme ovalaire, avait deux pouces et demi dans son grand diamètre ; ses bords arrondis, étaient épais de 3 à 4 lignes ; l'épiploon y était adhérent du côté de la poitrine ; la rate y adhérait fortement aussi, du côté du bas-ventre, par l'un de ses bords. Plus à gauche et plus haut que cette ouverture, le diaphragme était encore divisé par une plaie récente, qui le séparait des côtes dans l'étendue de 3 pouces, et par laquelle une nouvelle portion du côlon avait passé dans la poitrine. L'estomac était situé de manière que sa grande courbure se trouvait tournée en haut vers le médiastin. L'œsophage s'était recourbé pour le suivre. L'arc du côlon adhérait d'un côté à la petite courbure de l'estomac et reposait de l'autre sur le diaphragme où il était libre.

Toutes les côtes, depuis la quatrième jusqu'en bas étaient fracturées vers leur angle : la septième l'était en deux endroits ; la sixième formait plusieurs esquilles. Toutes ces fractures étaient sans déplacement.

Remarques. — C'est là une des plus anciennes observations de hernie diaphragmatique connues ; on la trouve reproduite partout, soit comme exemple de hernie, soit comme cas type de rupture du

diaphragme. N'ayant, dans ce travail, voulu rappeler que les observations où se trouve signalé le phénomène de l'étranglement, nous aurions passé celle-là sous silence, si nous n'avions voulu attirer l'attention sur l'intérêt particulier qu'elle présente. En effet, ce n'est pas là un cas de hernie diaphragmatique ordinaire. Jacques Micot a fait une chute, il présente des accidents considérables, mais il guérit. Quinze ans après, il fait une nouvelle chute et meurt après avoir présenté des symptômes analogues à ceux de l'étranglement. A l'autopsie on trouve deux hernies, l'une ancienne l'autre récente, n'ayant subi aucune espèce de constriction.

Dans cette observation nous voyons donc une hernie suivie de guérison apparente et une autre hernie entraînant la mort quelques jours après sa production.

La prédisposition de Jacques Micot à la hernie diaphragmatique mérite aussi d'être signalée.

CONCLUSIONS.

Les hernies diaphragmatiques traumatiques peuvent être *directes*, lorsqu'il y a plaie du diaphragme par un instrument tranchant, piquant ou contondant; *indirectes*, lorsqu'elles surviennent après une rupture de ce muscle, consécutive à une chute, un effort, une contusion violente de l'abdomen. Elles sont plus fréquentes à gauche qu'à droite et siègent le plus souvent dans le voisinage du centre phrénique.

Leur diagnostic est difficile, les symptômes qu'elles présentent n'ayant par eux-mêmes rien de caractéristique : on constate des nausées, des vomissements, de la constipation, de la toux, de la dyspnée, et, c'est la réunion de ces troubles digestifs et respiratoires qui pourra mettre sur la voie d'un diagnostic à peu près certain. Aussi, Nélaton dit-il avec raison, que c'est à la percussion et à l'auscultation de la poitrine que l'on devra demander les moyens de reconnaître cette affection. Les commémoratifs seront aussi d'une grande utilité.

Le pronostic est grave, la mort presque immédiate est la terminaison la plus ordinaire, et, dans les cas de guérison, celle-ci paraît n'être qu'apparente, les malades conservant toujours quelques troubles dans les fonctions des organes de la digestion et de la respiration.

Leurs complications prochaines sont nombreuses; pour les citer toutes, il faudrait énumérer toutes celles qu'entraînent après elles les plaies pénétrantes de la poitrine et de l'abdomen.

L'étranglement peut survenir aussitôt après la production de la hernie, mais il est, le plus souvent, une complication lointaine.

On ne connaît guère que 10 cas d'étranglement des hernies diaphragmatiques *traumatiques*. Celui que nous publions dans ce travail est le onzième. D'autres cas, peu nombreux du reste, de hernies diaphragmatiques étranglées ont été observés, mais comme leur cause n'a pu être rapportée à un traumatisme, nous n'en tenons point compte.

On reconnaît l'étranglement aux symptômes ordinaires de l'occlusion intestinale associés aux troubles provoqués dans la poitrine par la présence de l'organe hernié dans la cavité pleurale.

La mort a toujours été, à bref délai, la conséquence de cette terrible complication. Quant au traitement, il est à peu près nul. Dans le cas où on aura soupçonné ou diagnostiqué une plaie, une déchirure du diaphragme, on cherchera par le repos, la position donnée au malade à éviter la formation de la hernie; mais lorsqu'on n'aura pas pu l'empêcher nous ne connaissons pas de moyens capables d'en amener la réduction définitive, c'est-à-dire la guérison.

Dans les cas d'étranglement, on pourra employer tous les moyens médicaux préconisés contre l'occlusion intestinale intra-abdominale; purgatifs, vomitifs, lavements, opiacés, etc., et tenter la laparotomie conseillée par Guthrie, ou la création d'un anus artificiel.

QUESTIONS

Sur les diverses branches des sciences médicales.

Anatomie. — De la vessie.

Physiologie. — De la contractilité musculaire; influence du sang et du système nerveux sur la contractilité musculaire.

Physique. — Du thermomètre; son emploi en médecine.

Chimie. — Azote; phosphore; arsenic; antimoine.

Histoire naturelle. — Caractères des rongeurs; du castor et du castoreum; du chevrotain porte-musc.

Thérapeutique. — De la méthode endermique.

Pathologie externe. — Valeur de la compression digitale dans le traitement de l'anévrisme.

Pathologie interne. — Des accidents cérébraux qui surviennent dans le cours de la maladie de Bright.

Pathologie générale. — Des diathèses.

Anatomie pathologique. — Du sarcome.

Médecine opératoire. — Opération de la cataracte par extraction.

Pharmacologie. — Des potions; des juleps, des mixtures.

Hygiène. — Des aliments.

Médecine légale. — De l'avortement criminel.

Accouchements. — Des signes certains de la grossesse.

Vu : le président de la thèse,
VERNEUIL.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
A. GREARD.

